

Hakemus saapunut (pvm.)	
Vastaanottaja	

Hakijan/ hoidettavan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus	
	Osoite (katuosoite, postinumero ja toimipaikka)	Puhelin	
	Kotikunta		
Hoitajan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus	
	Osoite	Puhelin	
	Sähköpostiosoite	Sukulaisuussuhde	
Hoidettavan olosuhteet	<input type="checkbox"/> Asuu hoitajan kanssa <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu muun henkilön kanssa Käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut <input type="checkbox"/> Kotihoito <input type="checkbox"/> Päivätoiminta <input type="checkbox"/> Koulu <input type="checkbox"/> Vuorohoito <input type="checkbox"/> Päivähoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____		
Tiedot hoidon tai hoivan tarpeesta	Vamma tai sairaus _____		
	Hoidettava tarvitsee apua		
	<input type="checkbox"/> peseytymisessä <input type="checkbox"/> pukeutumisessa <input type="checkbox"/> WC-asioiden hoidossa <input type="checkbox"/> liikkumisessa <input type="checkbox"/> ruokailussa <input type="checkbox"/> lääkkeiden ottamisessa		
Hoitajaa koskevat tiedot	Hoidettava		
	<input type="checkbox"/> on muistamaton <input type="checkbox"/> karkailee <input type="checkbox"/> on valvottava/ohjattava		
	Hoitaja on <input type="checkbox"/> kotona <input type="checkbox"/> osa-aikatyössä <input type="checkbox"/> kokopäivätyössä Omaishoitajan mahdolliset toimintakyvyn rajoitukset, jotka vaikuttavat omaishoitajana toimimiseen <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On, millaisia? _____ Tarvittaessa voidaan pyytää hakemuksen liitteeksi lääkärinlausunto ja/tai muun sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijan lausunto hoitajan terveydentilasta ja toimintakyvystä ja soveltuvuudesta hoitotyöhön.		
Kelan etuudet	Eläkkeensaajan hoitotukea?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
	Vammaistuki?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei

Suostumus hakijan tietojen antamiseen	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen, joilla on oleellinen merkitys päätöksen kannalta, hankkimiseen muilta viranomaisilta. <input type="checkbox"/> En anna suostumustani. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 20§ ja 21§)	
Hakijan asiakastietojen käsittely	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni kunnan omaishoidosta vastaavan viranhaltijan katsoa tarvittaessa hakemuksessa tarvittavia terveydenhuollon tietojani Mustijoen perusturvan potilastietojärjestelmästä. Rekisterinpitäjänä toimii Mäntsälän kunta. <input type="checkbox"/> En anna suostumustani	
Hyväksyntä	Hoidettava hyväksyy tässä ehdotetun henkilön hoitajakseen, jolta saa tarvitsemansa avun ja hoidon <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Päiväys ja allekirjoitus	Päiväys	Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus
	Päiväys	Hoitajan allekirjoitus

Liitteet	Lääkärintlausunto hoidettavan terveydentilasta, toimintakyvystä ja hoidontarpeesta tarvitaan vain erikseen pyydettyäessä.	
Lisätiedot	Esim. päivittäisen hoidon sisältö (tietoja voi myös tarvittaessa ilmoittaa erillisellä lomakkeella).	

Hakemuksen tiedot tallennetaan Mäntsälän kunnan Pegasos-potilastietojärjestelmään. Rekisteriselosteet on nähtävillä perusturvapalveluissa.

Palautus: Mäntsälän kunta
Mustijoen perusturva/omaishoito, alle 65-vuotiaat
Heikinkuja 4
04600 Mäntsälä